

요양등급 판정 체계와 전문인력 참여 방안

Care Grading System and the Professional Role of Long-term Care Insurance

이 은 아

서울시립서북병원 신경과

서울 은평구 시립병원길 47

Eun Ah Lee, M.D.

Department of Neurology

Seoul Metropolitan Seobuk Hospital

E-mail : leaneu@hanmail.net

서 론

노인인구의 증가와 노인 의료비 상승에 대한 대안으로 처음 “노인요양보장제도” 도입이 제시된 것은 2001년 8월 15일 대통령경축사였다. 4년 이상 언급되어왔던 이 제도의 이름이 두 달 전에 갑자기 “노인수발보장제도”라는 이름으로 명칭이 변경되었으나, 아직 입법화 되지 않았으므로 본 특집에서는 “노인요양보장제도”로 지칭한다. 참고로 9월 15일 열렸던 “노인수발보장법 제정”을 위한 공청회에서는 “수발”이라는 명칭이 비전문적이며 보건·복지·의료 서비스가 포함되지 않는 제한된 의미를 내포하므로 대한간호협회, 대한의사협회, 노인회, 참여연대는 “수발” 보다는 “요양”이라는 명칭이 이 제도의 취지에 더 적합하다는 의견을 제시했다. 당시의 약분업 실시로 인한 건강보험 재정상태의 악화가 노인의료비 지출의 증가에 기인하였다는 사실에, 노인의료비의 감소와 케어매니저(care manager)라는 새로운 직업의 창출, 그리고 노인을 모시고 있는 가족들의 부담에 대한 경감 등 사회적 문제의 해결책으로 새로운 사회보험인 “공적노인요양보장제도”가 제시되었다. 그러나 이상적일 것만 같았던 이 제도는 2005년 7월부터 시행된 시범사업을 통해서 사회적 여건이 불충분하고, 노인 그리고 가족

Abstract

The preliminary Long Term Care Insurance(LTCI) of Korea now entered on its rehearsal phase. The economic condition of Korea and the demand for health strengthening through proper medical service of elderly were not fairly reflected in the LTCI. The complex procedure of application for LTC service and unskilled decision system were revealed from the exhibition trial of LTCI. Many requests were suggested to establish operating system. The elderly wanted to take a combined medical and care service than simple care service. Therefore, the professional role of LTCI for a high degree of efficiency should be readjusted and LTCI have to be changed to fit in with the reality of Korea.

Keywords : Care; Elderly; Medical; Service; Professional

핵심용어 : 요양; 노인; 의학적인; 서비스; 전문가

들이 필요로 하는 현실적인 제도와는 많은 괴리가 있음이 밝혀지고 있다. 정작 노인들의 삶의 질을 향상시키고, 가족들의 부담을 줄여주기 위해 최선을 다하는 것이 아니고, 외국의 제도를 모방하여 도입하는데 급급하여 부실하게 제도의 도입이 진행되고 있는 것은 아닌지 우려된다.

이에 본 특집에서는 현재 “공적 노인요양보장제도” 시범사업에서 사용되고 있는 요양등급 및 요양대상 질병 판정에 대한 기준과 문제점을 분석하고, 보다 합리적이고 적절한 판정을 위해 전문인력 참여에 대한 방안의 논의를 통하여, 한국적 사회 환경 및 가족 정서에 부합하는 해결방안을 제시하고자 한다.

요양급여 이용 절차의 문제점과 개선방안

1. 요양급여 이용 절차

요양급여를 이용하기 위해서는 공단에 직접 요양필요인정신청을 하여야 하지만, 6촌 이내의 방계혈족, 요양급여사업자, 국가 또는 지방자치단체, 기타 보건복지부령으로 정하는 자가 대행할 수도 있다. 또한 지방자치단체는 심신상태나 가족관계 등의 사정으로 인하여 가입자를 그대로 방치할 경우 본인의 건강에 심각한 상황이 발생할 것으로 예상되는 자에 한해서는 지방자치단체, 공단 또는 보건복지부령으로 정하는 자가 요양필요 신청 및 급여절차 등을 수행할 수 있는데, 이 경우 대행절차 등은 필요로 하지 않다.

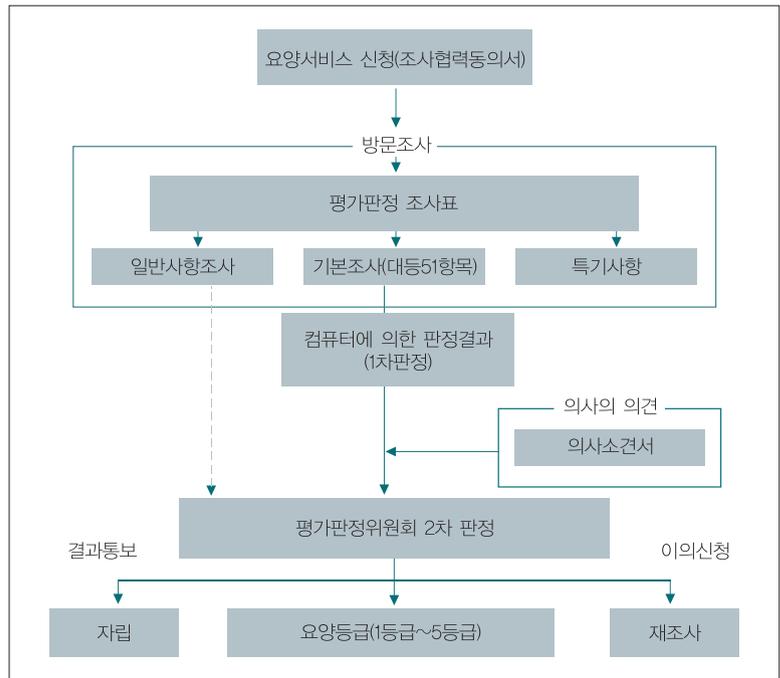


그림 1. 요양급여 이용 절차 흐름도

공단에 요양필요인정을 신청하면 공단은 51항목으로 구성된 평가표를 가지고 방문조사 등을 통해 평가하고, 자료를 컴퓨터 프로그램에 입력하게 된다. 이 과정을 통해 요양이 필요한 지, 아닌지를 1차 판정하고, 이 결과를 바탕으로 평가위원회에서 2차 판정을 하게 된다. 15인의 각계 대표로 이루어진 평가위원회에서는 의사의 소견서를 참고하여 상태에 따라 5등급, 즉 1~2등급(최중증), 3등급(중증), 4등급 및 요지원(중등증 및 경증)으로 판정하게 된다. 요양신청에서부터 2차 판정까지 완료되어 대상자에게 통보되는 시간을 28일 이내로 규정하고 있는데, 이 절차의 흐름도를 정리해보면 그림 1과 같다.

2. 요양급여 이용 절차의 문제점

1) 의사 소견서의 제한적 반영

흐름도는 얼핏 보면 일본의 개호보험 이용절차와 거의

동일하다는 것을 알 수 있다. 그러나 자세히 검토 비교해 보면 아주 큰 차이가 있다. 우리나라는 사회복지요원의 방문조사에 의한 1차 판정에 의해 필요한 경우만 의사의 소견서를 첨부하도록 하는 반면, 일본은 요양급여 이용 신청을 하는 모든 피보험자에게 의사 소견서를 요구하는 것이 큰 차이점이다. 현재 실시되고 있는 시범사업에서는 1급의 최종중에 해당하여 명확하게 요양이 필요한 노인과 건강상태가 양호한 경증의 노인은 의사 소견서가 필요 없다. 이것은 논리성이 결여된 이용절차로, 의료적인 측면에서의 환자의 평가는 의사의 전문 분야인데, 의료에 전문적인 지식이 없는 사람이 대상자가 의료적인 문제가 있는지 없는지를 평가하는 것은, 비의료인이 의료적인 분야를 평가하는 모순을 가지게 된다. 환자의 상황이 앞으로 개선될 수 있는지, 현재는 큰 문제가 없지만 조만간 나빠질 것인지 등의 소견은 노인요양보장법이 궁극적으로 추구하는 건강 증진이라는 목표에 절대적으로 중요하다. 하지만 현재와 같이 방문조사를 담당하고 있는 요원과 컴퓨터 프로그램에 의해서 의사 소견의 필요 유무가 판단된다면 국민의 신뢰를 얻지 못하게 될 것이며 노인의 건강상태의 위협과 더 많은 재정이 소요되어 제도의 안정을 해칠 수 있다.

노인의 진료를 담당하고 있는 의료인이라면 최종중의 상황이라고 생각되던 환자들도 적절한 치료 후에 상태가 호전되어 많은 도움 없이도 생활할 수 있게 된 것을 자주 경험하였으리라 생각한다. 노인의 건강상태에 대한 전문적인 의학지식이 없는 사람에 의해 아주 심하거나 경하다고 판단되는 노인들은 의사의 소견이 필요 없이 단순 요양만을 제공받아도 된다는 생각은 생명의 존엄성을 무시한 위험한 편견이다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 요양보장제도에서는 의사의 소견서를 제한적으로 반영하고 있다.

2) 요양절차의 복잡함과 인프라 확충 및 서비스 질의 문제점

기존의 요양시설 입소절차는 진단서 첨부 입소 신청을 거쳐 바로 시·군·구 관단에 의해 입소되어 2~3일 내에 처리가 되었다. 그러나 노인요양보장제도는 요양인정 신청-방문조사-등급판정-서비스 제공의 체계를 거치므로 30일 이상의 장기간 소요되고, 절차가 복잡하여 요양을 신청한 대상자들의 불이익이나 불평등이 생길 가능성이 높았는데, 실제로 시범사업에서 이 문제에 대한 강한 불만이 제기되었다. 또한 아직 방문요원 및 평가판정의원회, 그리고 케어매니저에 대한 인적 인프라 확충이 전혀 준비되어 있지 않은 상태여서 노인 care에 대한 실질적인 프로그램이나 인력확충 및 교육에 관한 것보다 노인의 상태를 평가하는 관련 인력들을 양성하고 교육하는 데 집중을 하고 있어 준비가 미흡함을 드러내었다.

시범사업에서 드러난 문제점으로, 기존 요양시설 입소자의 경과 실태를 살펴보면, 초기에는 최종중인 입소자도 3~4개월 지나면 케어프로그램에 의하여 상태가 호전되어 시설에서 입소자 케어에 헌신적이었다. 만약 요양급여가 본격적으로 시행되면 수가가 높은 최종중 환자나 수익률이 높은 경중환자만 입소시키려고 하는 우려가 있다. 즉 노인의 케어보다는 노인의 시설 유치에 더 집중할 우려가 있다. 따라서 이를 적절히 통제할 수 있는 방법이 우선적으로 필요하다.

3. 우리의 현실에 부합하는 요양급여 절차 및 서비스 제공의 대안 제시

1) 누구를 위한 요양제도인가?

노인인구 및 고령인구 증가추이를 보면 우리나라 노인인구의 비율은 2000년에 7.2%에 달하였고, 2005년 현재 9.1%로 추정된다(장래인구특별추계결과, 통계청, 2005. 1). 우리보다 먼저 노인요양보장제도를 실시한 독일과 일본

은 2002년 각각 17.3%, 18.4%로(OECD Health Data 2004, 1st Edition), 이미 노인인구가 14% 이상인 고령 사회로 진입하고 국민소득이 3만불 이상이 된 후에 노인요양보장제도를 도입하였다. 즉 요양서비스 제공 이전에 이미 노인의료에 대한 문제를 해결하고 요양보장의 문제 해결에 접근하였다. 건강보험제도의 제한으로, 의료비가 없어 또는 의료급여일수의 제한으로 혹은 병원에 입원할 때 필요한 간병비가 없어서 치료를 포기할 정도로 노인의료에 대한 지원이 미비한 것이 우리나라의 현실이다. 이러한 상황에서 단순 수발을 제공하기 위해 전문인력을 양성하고, 수발 정도를 평가하기 위한 인력을 고용하고, 시스템을 확충하고, 수발을 제공하기 위한 발굴사업을 위해 예산을 지원하는 것은 시기상조의 정책일 수 밖에 없다. 병들고 아픈 노인들은 돈 걱정 안하고, 간병비 걱정 안하고, 마음 놓고 치료받기를 원하는데 국가는 이들을 내버려두고, 수발을 위한 전문인력, 수발 보장제도(노인요양보장제도)를 담당할 조직 및 시설 확충에 온 힘을 쏟고 있다면 과연 이 제도가 누구를 위한 것인가 하는 의문을 제기하지 않을 수 밖에 것이다. 시범사업까지 온 지금의 시점에 우리는 이 제도를 도입하게 된 목적을 다시 한번 상기하여야 하며, 우리나라 현실에 적합한 요양보장제도가 정립될 수 있도록 하여야 할 것이다.

2) 노인과 가족들이 원하는 것은 의료서비스가 함께 제공되는 요양과 단순한 급여 신청 절차이다.

이러한 문제점은 실제로 2005년 7월부터 시행된 시범사업의 중간평가에서도 보고되었는데, 복지요원이 대상 노인에게 요양서비스를 제공하기 위해 방문하였다고 설명하자 가족들은 치료를 받을 수 있는 기회를 원한다고 대답하였다. 이것은 장기적인 요양이 필요한 환자의 가족에게 요양서비스만 제공하고, 병원에서 치료를 받는 데 필요한 비용과 간병서비스는 개인에게 부담을 주는 것으

로 더욱 절실한 문제를 뒤로 하고 그 이후의 문제를 해결하고자 하는 제도의 취지를 받아들이기 어려웠던 것으로 보인다. 우선적으로 치료가 필요한 노인들에게 제대로 된 치료를 충분히 받을 수 있도록 하고, 요양서비스를 받는 경우에도 적절한 의료서비스를 제 때에 받을 수 있도록 지역 의료기관과 요양시설 및 재가서비스와의 연계를 법안에 명확하게 규정해야 할 것이다. 특히 노인들은 의료기관에서 요양시설로 또는 요양시설에서 의료기관으로 손쉽게 연계할 수 있어야 하며 이를 위한 이송체계 및 절차의 단순화가 구축되어야 한다.

현 시범사업에서 노인이 요양서비스를 받기 위해서는 건강보험공단에 신청하고 담당요원이 방문조사를 나가 1차 판정을 하고 그 결과를 바탕으로 15명으로 이루어진 평가판정의위원회에서 의사소견서를 참조하여 최종 요양등급을 결정하게 된다. 이러한 시스템을 전국적으로 확립하기 위해서는 많은 인력과 시설 및 컴퓨터 등의 장비확충이 필요하고, 이를 구축하고 유지하는 데에만 엄청난 비용이 소요될 것이다. 국민소득 1만 5천 달러인 우리나라의 현실에서 국민소득 3만 달러의 선진국가의 이러한 요양제도의 시스템을 갖추는 데에는 무리가 있다.

그 대안으로 현재 병원에서 발급되고 국가에서 이를 바탕으로 평가하는 장애인 진단서 발급과 같은 방식으로 평가 판정을 하는 것이 좋을 것이다. 요양이 필요하다고 판단되는 노인들을 인근 병원에서 일차 진료를 받아, 우선적으로 건강검진이나 요양정도를 판정받은 뒤 진찰 소견에 따라 적절한 치료를 시작하고, 상태에 따라 요양등급을 결정을 내린 뒤 이 소견서를 시·군·구 담당부서에 제출하는 방식이 좋을 것이다. 제출된 요양필요 소견서와 등급을 바탕으로 케어매니저는 제공받아야 할 서비스와 시설 연계 등을 중점적으로 계획, 관리하고 이 계획안을 각 지역보건소나 지역 병원의 방문간호서비스팀이 연계

하여 시행하도록 하는 방법을 제시한다. 이 대안은 이미 기존에 있던 전문인력과 시스템을 활용할 수 있으며, 국민들이 요구하는 의료서비스를 제공받을 수도 있고, 평가판정체계를 위한 인력 및 시간, 자원의 추가확충 없이도 전문가의 의견을 활용할 수 있다는 장점이 있다. 그리고 병·의원을 통한 요양서비스 신청과정을 통한 비용 절감의 효과는 보다 많은 실제적인 서비스를 제공하는 데 도움이 될 것이다.

3) 병원간병 서비스의 제공

일본은 이미 10년 전에 병원에서 개인이 간병인을 따로 고용하여 환자들을 간병하는 제도를 폐지하였으며, 모든 간병 서비스는 병원에서 제공하며, 그 비용은 건강보험에서 지불하고 있다. 단지 치매 환자의 special care unit이나 임종을 앞둔 몇몇 특수한 상황에서만 개인이 간병인을 고용하는 것을 허용하고 있다. 이러한 병원에서 간병서비스의 제공은 미국도 마찬가지이다. 우리나라도 노인요양보장을 제공해주기 이전에 병원에서 치료를 위한 노인 환자들의 입원시 필요한 간병서비스를 제공하는 것이 더 시급한 문제이다. 독거노인뿐 아니라 일반 국민들도 “배보다 배꼽이 더 큰 격인 우리나라의 간병비 부담” 때문에 병원에서 입원 치료하는 기회를 포기하고 있는 것이 우리의 현실이다. 물론 이 비용은 건강보험재정에서 지출되어야 하지만, 결국 국민의 세금으로 활용되기 때문에 철저하고 효율적인 지출이 되도록 관리해야 할 것이다.

요양등급 판정의원회의 기능과 역할에서 전문 의료인력 참여 방안

1. 평가판정의원회의 규정

요양인정 및 요양필요등급 등 요양보호대상자의 인정

여부를 결정하기 위하여 공단에 요양평가판정위원회(이하 “심사판정위원회”라 한다)를 두도록 법에 명시화되어 있다. 그리고 심사판정위원회는 시·군·구(지방자치단체인구를 말한다) 단위로 설치하되, 시·군·구가 공동으로 이를 설치할 수 있도록 되어 있다. 심사판정위원회는 보건·의료 및 복지에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 중에서 공단의 이사장이 임명하는 15인 이내의 위원으로 구성할 수 있으며, 지방자치단체를 대표하는 자를 위원으로 포함하여야 한다. 또한 심사판정위원회에는 소위원회를 둘 수 있으며 이 경우 심사판정위원회는 소위원회의 의결을 심사판정위원회의 의결로 갈음할 수 있게 되어 있다.

2. 시범사업에서 나타난 평가판정의원회의 문제점과 대안 제시

15명의 의원이 함께 모이는 것은 현실적으로 힘들며, 처리할 수 있는 신청자의 수가 많은 경우, 판정을 심도있고 제대로 처리하기는 어렵다. 또한 방문조사 요원의 미숙함으로 인해 평가에 과도한 시간이 소요되고, 조사실적수가 적고, 의사소견서 제출대상 선별, 운영팀 직원들의 업무처리 미숙 등으로 최종 평가판정의 지연 소지가 많았다. 물론 숙달되면 이 부분은 나아지겠지만, 제대로 된 노인의 평가를 위해서 필요한 의학적 지식의 습득 문제는 여전히 남게 된다. 의학적인 정확한 소견이나 환자에 대한 판정 없이, 제출된 조사표를 바탕으로 최종 평가를 하게 되면 판정의원회의 기능이나 취지가 퇴색될 가능성이 높다. 또한 위원으로 선출된 의사들의 대부분은 낮 시간에 평가판정의원회의에 참석할 수 없음에도 불구하고 회의 시간을 낮 시간으로 정하여 의사들의 참여를 어렵게 하는 경우도 있었다. 평가판정의원회의 역할의 실효성과 중요성을 유지하기 위해서는 형식적인 의원회의 구성보다는 현실적으로 노인들이 쉽게 이용할 수 있는 의료기관에서 의사와 사회복지사, 간호사 등으로 구성된 소규모의 판정의

원회의 의견을 수용하는 방식을 채택하는 것이 바람직 할 것이다.

3. 전문 의료 인력의 참여방안

국가에 대해 우리나라 현실에 맞는 효율적인 노인요양 보장제도를 도입해 줄 것을 요구하는 데 있어서 선행되어야 하는 것은 의료인들의 변화라고 생각한다. 시범사업이 실시되고 있는 현 시점에서 의협에서 힘들게 요구하여 반영된 '의사들의 소견서 포함 필수'라는 항목은 의사들의 무관심으로 무색하게 되어가고 있는 형편이다. 요양보장 제도에 필요한 '의사의 소견서'를 발급해 주는 곳이 없어 평가관정을 하는 과정에서 어려움이 있다는 의견이 시범 사업에서 제시되었다. 의협에서는 각 학회를 통해 회원들에게 노인요양보장제도에 대한 인식을 조금 더 가질 수 있도록 적극적인 행동을 취해야 한다. 또한 의협에서 제공하는 소정의 교육을 받은 의사에게만 소견서를 작성할 수 있게 하는 방안보다는 현재의 장애등급 판정처럼 노인병 환자를 주로 다루고, 전문의 수련과정에 노인병 환자의 특성을 잘 교육받는 전문의나, 노인 관련 학문을 이수한 후 실질적인 노인병 환자의 진료에 일정기간 경험이 있는 경우에 소견서 발급을 가능하도록 하는 것이 좋을 것이다. 의협이 소정의 연수교육을 이수한 자에게만 자격을 주는 것보다는 유관학회에 위임하여 소견서 작성에 대한 교육을 담당하게 하고, 의협은 의사의 소견서 발급에 대한 질 관리를 위한 모니터링 역할을 하는 것이 바람직하다.

노인 관련 학회들이 추진하고 있는 “노인병 인정의 제도”의 일원화와 인정기준, 교육내용의 정립도 필요하다. 노인 질환이나 퇴행성 노인 질환을 주로 관련해서 진료하는 전문과의 경우 진료경험과 실적을 토대로 노인병 인정의 자격증을 인정해 주는 방안과, 노인 환자와 전혀 무관

하거나 환자 치료의 경험이 없는 과의 경우 이론 중심의 시험제도가 아니라 일정기간 노인 관련 병원에서 실습을 해 볼 수 있는 기회를 제공하는 것도 고려해 보아야 한다.

4. 의사가 아닌 노인 관련 전문인력의 참여방안

노인의 영역에서는 의료 뿐 아니라 보건, 복지가 끊임 없이 통합적으로 제공되어야 한다. 고령화 사회에서 노인 의료비가 상승하는 것은 당연한 일인데도 불구하고, 이에 대한 우려로 요양제도가 시행되는 것은 지극히 바람직하지 않다. 의료비만큼이나 많은 재정이 투입될 요양제도가 의료비를 줄이기 위해 시행된다는 것은 불합리하며, 본연의 목적인 국민의 복지증진을 위해 제도가 만들어져야 한다. 결국 노인 관련 의료(간호 포함), 보건, 복지에 중사하는 전문 인력들의 효율적인 역할 분담과 협력을 통해 건강한 노인, 활기찬 노인들이 많은 사회를 만들어가는 것이 더 중요하다.

이를 위해서는 각 전문영역의 긴밀한 연계가 절대적으로 필요하며, 이해집단으로 각자의 영역에 유리한 쪽으로 정책을 유도할 것이 아니라 서로의 역할에 대해 존중하며 효율적으로 운영될 수 있는 제도 도입을 위해 노력해야 한다.

노인의료 못지 않게 건강한 노인을 위한 다양한 프로그램의 개발과 운영은 요양대상자를 줄일 수 있는 최선의 예방법이다. 하지만 이에 대하여는 국가의 적극적인 투자가 이루어지고 있지 않아 복지 분야에서 제한점이 되고 있다. 의료인들도 복지 측면에서 이러한 프로그램의 활성화가 필요하다는 것을 인식하여 그들의 역할을 잘 수행할 수 있도록 지지하고 협력해야 할 것이다. 케어매니저는 의사와 간호사, 또 특수치료사들과 협력하여 노인이 건강하고 적극적인 활동을 할 수 있도록 프로그램을 개발하는데 주력해야 하며, 또 자원봉사 등을 통한 사회 전반적인 협력체계를 구축하는 데 힘써야 할 것이다.

요양대상 평가도구 및 질병의 적정성

1. 요양대상 평가도구의 문제점

요양대상 노인들의 합리적인 평가와 분류를 위해 노인 기능평가-판정도구가 필요하지만, 노인들은 많은 질병을 가지고 있고 복합적인 요소들에 의해 영향을 받는 특성이 있기 때문에 단순화된 평가도구만으로 노인의 기능 정도와 요양의 필요 여부를 평가하는 것은 자칫 큰 오류를 범할 위험이 있다. 즉 노인의 일상생활에 대한 기능을 평가할 시점의 기능 평가 결과가 그 노인에서 고정된 상태가 아니고, 의학적 치료를 통해서 개선될 수 있거나, 때로는 다른 더 큰 문제점을 내재하고 있어 악화될 수 있다는 것이다. 따라서 노인 질환 및 노인의 생체 기능에 대하여 잘 알고 있는 의학적 전문가에 의해 요양대상 노인이 의료행위의 개입이 필요한 지 여부를 먼저 판단하고 적절한 치료를 받을 수 있는 기회를 부여하는 과정을 거친 후에 요양을 위한 평가-판정을 하는 것이 바람직하다.

현재 시범사업에서 사용되고 있는 평가도구를 고찰해보면 일상생활동작 12항목, 인지기능 8항목, 문제행동 10항목, 간호처치 및 재할 21항목 등 총 51항목으로 구성되어 있다. 신체기능 영역의 이동하기 항목에서는 보행 능력이 모든 일상생활 능력에 매우 중요하게 영향을 미치는 중요한 요소인데, 마비만 평가 항목으로 포함되어 있어 노인의 상태를 제대로 파악할 수 없다. 노인이 마비 이외에도 보행장애를 일으키는 원인은 관절염, 파킨슨병, 정상압뇌수두증 등등 치료 가능한 것들이 많은 데도 불구하고, 평가도구는 단순히 요양을 제공하기 위한 목적으로만 구성되어 있어 한계가 있다.

식사하기 항목도 단순 완전자립, 부분도움, 완전도움 등으로 단순화되어 있어 삼킴장애(연하곤란)같이 적절한 시기에 치료나 관리가 되지 않으면 환자의 생명을 위협할

수 있는 흡인폐렴 등으로 이환할 수 있는 중요한 증상도 간과되어지고 있다. 인지기능 영역에서도 의사소통장애만을 판단하는 것으로 되어 있는데 그 원인이 실어증 때문인지, 뇌경색 때문인지, 파킨슨병 때문인지, 치매 때문인지를 감별하는 것은 매우 중요하다. 즉 이러한 몇몇 예만 보아도 노인의 평가는 전문의료인에 의해 선행되어야 하며 그 결과에 의해 케어매니저들이 care plan을 작성하는 것이 바람직하다는 것을 알 수 있다.

우리나라보다 훨씬 더 많은 항목으로 평가하고 있는 일본도 개호보험 실시 이후 노인의 상태를 호전시키지 못하고 더 의존적인 노인으로 만들었다는 사실은 이미 알려진 바 있다.

문제행동 항목은 너무 많아 오히려 치매 환자 중 이상행동장애를 갖고 있는 사람에게 평가등급이 높게 매겨질 가능성이 있다. 치매 환자의 이상행동장애는 초기 치매 환자에서도 흔히 나타나는 것으로 알려져 있고 적절한 치료로 조절되는 경우가 많아, 이것만으로 시설입소 등의 결정이 내려지면 안되고 이상행동도 심각성을 가지는 비슷한 묶음으로 다시 나누어 항목을 줄이는 것도 좋겠다. 물론 일부의 위험한 증상은 하나만 있어도 병원의 입원 대상이 되므로 가중치의 부여나 예외조항을 둘 필요도 있다. 초기 치매 환자들에게 필요한 것은 오히려 체계적이며, 다양한 인지증진 프로그램을 갖추고 있는 주간보호 서비스 혹은 보호자의 부담을 일시적으로 경감시켜 줄 수 있는 야간보호서비스 등이지 무조건 수용하는 방식으로 해결이 되면 안된다.

2. 시범사업에서 나타난 문제점

환자의 평가에 있어 노인시설에서는 노인들이 전반적인 일상생활의 대부분을 시설에서 제공받기 때문에 실제로 대상자의 자립이 가능 여부와 부분도움이 필요성을 판단하기 어려웠다. 문제행동 영역은 단기간에 파악하기 어

려운 특성이 있기 때문에 혼자 생활하는 재가 독거노인의 경우 문제행동을 인지하기 어려웠다. 임상적 경험에 비추어 인지기능과 문제행동 영역에 문제가 있는 경우 돌봄에 많은 노력과 시간이 소요됨에도 평가 판정에서는 요양도가 낮게 나오는 문제도 제기되었다. 신청서가 많아 기한 내 처리 곤란하다는 것과 방문조사(평가판정)시 가족들의 불안감과 이해 부족도 제기되었다. 보행장애, 외상상태인 경우 문제행동의 의식저하 및 언어장애로 일부 항목 측정이 불가능하고 과거 문제증상을 보였거나 가능성이 있는 경우 평가기준이 애매하였다는 점이 지적되었다. 재활육구 부분의 평가기준이 전반적으로 애매하여 구체적이고 객관적인 평가도구가 필요하였다. 간호처치 육구부문 중 통증간호의 경우, 통증호소 대상자라도 최근 2주간 통증간호 치료를 받은 사실 유무에 따라 등급판정을 하다 보니, 통증간호 필요 상태임에도 불구하고 경제적 이유로 최근에 치료받지 못한 경우, 낮은 평가판정을 받게 되었다. 방문조사시 요양관리요원이 대부분 여성이고, 피면담자가 장애가 있고 경제적 부양상태가 낮은 경우에는 조사 시간이 최소 1시간 이상 소요되었다. 평가자의 대부분이 전적으로 가족과 같은 피면담자의 정보 제공에 거의 의존하는 상태에서 상급등급을 판정받기 위한 거짓진술 가능성도 있었다. 따라서 보다 객관적이고 정확한 평가를 위해서는 주치의제도나 일정기간 의료시설에서 관찰하는 과정을 두는 것도 생각해 볼 필요가 있다. 요양제도에서는 재가서비스를 중점에 두겠다고 하였는데, 독거노인의 경우 혼자 살기 때문에 어쩔 수 없이 식사준비나 세탁 등을 스스로 해결하는 경우가 많다. 그러나 측정도구는 그러한 조사항목이 전혀 반영되지 않아 이에 대한 지원책도 미비한 상태이다. 시범사업에 참가한 평가요원들은 요양등급판정과 관련된 질병 및 요양기관 이용실태와 투약정보 등의 데이터를 사전에 조사한 후 방문조사를 실시해야 등급판정

의 효율성을 극대화 할 수 있다고 개인정보 열람 권한을 건의하였다.

즉 이러한 문제점을 종합해보면, 의학적 지식이 겸비되어 있지 않은 요원이 평가도구만으로 노인요양등급의 1차 판정에 적절히 대처할 수 없다는 사실과 노인의 기능 상태를 평가하는 것은 매우 복잡하고 다양한 변수를 충분히 파악할 수 있어야 한다는 것이다. 또한 기준에 맞고 있던 질병과 요양기관 이용실태 및 투약정보 등에 대한 정보가 중요하게 작용하리라는 것도 밝혀졌다. 이것은 노인요양등급을 평가하기 위해 전문적인 의료적 지식을 갖춘 새로운 인력을 교육하고 시스템을 구축하기 위해서는 많은 시간과 예산이 소요될 것이라는 것을 시사한다.

결론 및 제언

노인요양보장제도의 1차 시범사업 중간평가를 통해 알아본 요양등급 및 요양대상 질병판정체계와 전문인력 참여 구조에는 많은 문제점이 내포되어 있음이 나타났다. 또한 의사, 간호사, 사회복지사, 보건관계자, 특수 치료사 등 노인 관련 인력들이 마음을 터놓고 협력하면 우리의 현실에 적합하며 노인과 가족들을 모두 행복하게 할 수 있는 요양보장제도를 제공할 수 있는 방법이 있다는 것도 명백해졌다.

결론적으로 말하자면 이 제도의 중심에는 노인이 있어야 하며, 그들의 삶의 질과 존엄성 및 건강권을 유지시켜야 한다는 것이다. 노인의 요양필요상태를 평가하는 것은 병·의원을 통하여 의사와 간호사에게 역할을 부여하고 그것을 바탕으로 '케어매니저'로 지칭되는 전문인력들은 노인의 삶을 활력있게 만들기 위한 다양한 프로그램과 사회협조체계를 구축하는 데 힘써야 할 것이다.

보건복지부 자료에 의하면 2005년 6월 대국민 여론조

사결과 국민의 94.6%가 노인요양보장제도를 도입하는데 찬성하였다고 한다. 그러나 노인요양보장제도를 제대로 인지하고 있는 국민은 6.2%에 불과하며 잘 모른다고 응답한 국민은 71.4%라는 사실을 간과해선 안된다. 노인요양보장제도 도입시 집으로 간호사 등이 방문하여 돌보는 것보다(37.2%), 요양시설에 입소해서 돌보는 것이 더 낫다고 응답한 사람이 56.7%이다. 도입 초기의 보험료를 현 건강보험료의 5% 수준으로 하는 것에 대해서는 '적당하다'가 58.9%였고 제도가 본격 실시되었을 때, 건강보험료의 10% 수준에 대해서는 '적당하다'가 44.7%로 다소 낮게 나타났다.

즉 국민이 아직 이 제도에 대해서 잘 모르고 있다는 것이며, 그럼에도 불구하고 도입에 대해 찬성하는 비율이 높다는 것은 그만큼 국가에 대한 기대가 크다는 것을 의미한다. 현재의 계획대로 추진해 나간다면 과연 건강보험료의 5%를 보험료로 징수하여 국민들의 욕구를 충족시킬 수 있을 것인지 신중하게 고려해 보아야 한다. 또한 요양시설에 입소해서 돌보는 것이 더 낫다고 응답한 사람에게 의료서비스가 제공되지 않는 요양시설이라면 어떻게 응답할지는 자명하다.

의료계와 정부, 사회복지사 등 관련 전문인력들은 서로의 전문성을 존중하며 국민들이 원하는 요양보장제도를 만들기 위하여 진솔하고 겸허한 태도로 진지하게 고민해야 한다. 부족한 예산으로 최대의 효과를 얻기 위해서는 새로운 시스템을 구축하고 비전문영역의 인력을 교육시키는 과정을 도입하기 보다는 기존에 있던 시스템을 보완하고 강화하여 각 전문인력의 역할을 적절히 활용하도록 해야 할 것이다.

결과를 바꾸고 싶다면 반드시 현재 시점에서 드러나고 있는 문제의 원인을 바꾸어야 한다. 그것을 결단하는 용기와 1도의 관점 전환과 1퍼센트의 행동 변화가 지금 우리에게 필요하다. ㉔

참고문헌

1. 정경희. 공적노인요양보장제도 평가·판정 체계 및 급여·수가 개발. 한국보건사회연구원·보건복지부, 2005. 2
2. 통계청. 장래인구특별추계 결과, 2005.1
3. 보건복지부. 공적노인요양보장제도 실시모형 최종보고, 2005. 2
4. 보건복지부. 시범사업평가단 회의자료, 2005. 5
5. 보건복지부. 노인요양보장제도 시범사업 설명자료, 2005. 3
6. 보건복지부. 노인요양 보장제도 시범사업 시행지침, 2005. 6
7. 보건복지부. 노인요양보장제도 제 1차 시범사업 운영실태 점검결과, 2005.7
8. 보건복지부. 노인요양여론조사 (3차) 보도자료, 2005. 6
9. 일본개호보험법, 2002년도
10. 국회의원 안명옥, 이은아, 김태유 등. 효과적인 치매관리를 위한 정책과제, 2005. 9
11. 이은아. 우리나라 노인병원의 현황. 제1회 대한노인의학회 추계학술집, 2004. 11
12. 이은아. 우리나라 공적노인요양보장제도의 문제점. 저출산·고령화 사회와 노인의학 대토론회, 2005. 2
13. Andres Wimo, Goren Karlsson, Bengt Winblad. Health economic aspects of dementia
14. In: John O'Brien, ed. Dementia. 2nd ed. London: Arnold, 2000: 207 - 16

[부 록]

평가판정조사표

요양인정 신청자 접수번호 _____

■ 일반사항조사

I. 조사자

조사일시	년 월 일	조사장소	<input type="checkbox"/> 재가 <input type="checkbox"/> 시설입소 <input type="checkbox"/> 기타
조사자성명		소속지사	

II. 조사대상자

종전 인정일시	년 월 일	종전 인정결과	1등급, 2등급, 3등급, 4등급, 요양지원등급		
대상자성명		성별	남 · 여	생년월일	년 월 일 (세)
현 주소				전 화	
가족연락처	성명() 조사대상자와의 관계()			전 화	

III. 현재 받고 있는 서비스 상태

재가이용(과거 3월간의 평균회수를 기재/복지용구대여는 조사일/구입은 과거 6월의 품목수를 기재)	
<input type="checkbox"/> 방문간병 및 수발	<input type="checkbox"/> 주간보호
<input type="checkbox"/> 방문목욕	<input type="checkbox"/> 단기보호
<input type="checkbox"/> 방문간호	<input type="checkbox"/> 복지용구대여 및 구입지원
<input type="checkbox"/> 방문재활	<input type="checkbox"/> 그룹홈(공동생활지원)
<input type="checkbox"/> 요양관리지도	

시설이용	
<input type="checkbox"/> 노인요양시설	시설연락처 시설명() 전 화()
<input type="checkbox"/> 전문노인요양시설	
<input type="checkbox"/> 공립치매요양병원	

IV. 조사대상자의 가족상태, 주거환경 등

■ 기본조사

※ 다음의 해당란에 V표 해주십시오

시력상태	<input type="checkbox"/> 1. 정상 <input type="checkbox"/> 2. 1M 떨어진 달력은 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다 <input type="checkbox"/> 3. 눈앞에 근접한 글씨는 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다 <input type="checkbox"/> 4. 거의 보이지 않는다 <input type="checkbox"/> 5. 보이는지 판단 불능
청력상태	<input type="checkbox"/> 1. 정상 <input type="checkbox"/> 2. 보통의 소리를 듣기는 하고, 못 듣기도 한다 <input type="checkbox"/> 3. 큰 소리라면 들을 수 있다 <input type="checkbox"/> 4. 거의 들리지 않는다 <input type="checkbox"/> 5. 들리는지 판단 불능
질병상태	<p>※ 3개월 이상 지속적인 질병명을 체크해 주십시오</p> <input type="checkbox"/> 1. 없음 <input type="checkbox"/> 2. 암 <input type="checkbox"/> 3. 근골격계질환(□관절염 □요통 □좌골통 □디스크 □신경통 □골다공증 □기타 _____) <input type="checkbox"/> 4. 소화기계질환(□위염 □위궤양 □십이지장궤양 □만성간염 □간경변증 □기타 _____) <input type="checkbox"/> 5. 내분비, 대사성(□당뇨병, □갑상선 질환, □기타 _____) <input type="checkbox"/> 6. 순환기계질환(□고·저혈압 □중풍 □뇌혈관 질환 □협심증 □심근경색증 □기타 _____) <input type="checkbox"/> 7. 호흡기계질환(□폐결핵 □결핵 □만성기관지염 □천식 □기타 _____) <input type="checkbox"/> 8. 눈·귀질환(□백내장, □만성중이염, □기타 _____) <input type="checkbox"/> 9. 만성신장질환(□만성신부전증, □기타 _____) <input type="checkbox"/> 10. 빈혈 <input type="checkbox"/> 11. 피부병 <input type="checkbox"/> 12. 골절, 탈골 및 사고로 인한 후유증 <input type="checkbox"/> 13. 기타

※ 노인의 기능 상태에 대한 정보를 종합하여 다음의 해당란에 V표 해주십시오.

1. 신체기능(기본적 일상생활수행능력)부문(12문항)

다음은 어르신에의 기본적 일상생활수행능력에 관한 질문들입니다.

어르신께서는 일상생활 하시는 데 있어 다음과 같은 동작을 다른 사람의 도움 없이 행하는 것은 어느 정도입니까?

(※ 조사원 : 조사지침을 반드시 참조하여 각각의 항목별로 수행능력을 체크하시기 바랍니다)

항 목	기 능 자 립 정 도		
1-1. 옷 벗고 입기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-2. 세수하기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-3. 양치질하기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-4. 목욕하기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-5. 식사하기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-6. 체위변경하기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-7. 일어나 앉기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-8. 옮겨타기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-9. 밖으로 나오기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-10. 화장실 사용하기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-11. 대변조절하기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움
1-12. 소변조절하기	<input type="checkbox"/> 1. 완전 자립	<input type="checkbox"/> 2. 부분 도움	<input type="checkbox"/> 3. 완전 도움

2. 인지기능부문(8문항)

다음은 노인들이 기억력을 비롯한 인지 기능이 떨어졌을 때 나타날 수 있는 증상입니다. 최근 2주간 어르신께서 보였던 증상을 종합하여 각각 응답하여 주십시오.

항 목	증 상 여 부	
2-1. 방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다	<input type="checkbox"/> 1. 예	<input type="checkbox"/> 2. 아니오
2-2. 오늘이 몇 월인지, 지금이 어느 계절인지 모른다	<input type="checkbox"/> 1. 예	<input type="checkbox"/> 2. 아니오
2-3. 자신이 있는 장소를 알지 못한다	<input type="checkbox"/> 1. 예	<input type="checkbox"/> 2. 아니오
2-4. 가족이나 친척을 알아보지 못한다	<input type="checkbox"/> 1. 예	<input type="checkbox"/> 2. 아니오
2-5. 자신의 나이나 생년월일을 모른다	<input type="checkbox"/> 1. 예	<input type="checkbox"/> 2. 아니오
2-6. 지시를 이해하지 못한다	<input type="checkbox"/> 1. 예	<input type="checkbox"/> 2. 아니오
2-7. 하루 일정표를 이해하지 못한다	<input type="checkbox"/> 1. 예	<input type="checkbox"/> 2. 아니오
2-8. 주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다	<input type="checkbox"/> 1. 예	<input type="checkbox"/> 2. 아니오

3. 문제행동부문(10문항)

최근 2주간 어르신께서 보였던 증상을 종합하여 각각에 대하여 모두 답하여 주십시오.

항 목	증 상 여 부
3-1. 사람들이 무엇을 훔쳐갔다고 믿거나 자기를 해치려 한다고 잘못 믿고 있다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-2. 헛것을 보거나 듣는다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-3. 밤에 자다가 일어나 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 또는 낮에는 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 이루지 못한다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-4. 한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다갔다하며 안절부절 못한다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-5. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다. 외출하면 집이나 병원, 시설로 혼자 들어올 수 없다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-6. 화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 보인다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-7. 혼자서 밖으로 나가려고 해서 눈을 땔 수가 없다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-8. 돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-9. 옷을 부적절하게 입는다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오
3-10. 대소변을 벽이나 옷에 바르는 등 불결한 행위를 한다	<input type="checkbox"/> 1.예 <input type="checkbox"/> 2. 아니오

4. 간호처치 욕구부문(11문항)

최근 2주간 어르신께서는 다음과 같은 치료를 받은 적이 있는지를 답하여 주십시오.

항 목	진 료 유 무	
4-1. 기관지 절개관 간호	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-2. 흡 인	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-3. 산 소 요 법	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-4. 욕 창 간 호	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-5. 경 관 영 양	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-6. 통 증 간 호	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-7. 정맥 주사 요법	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-8. 도 뇨 관 리	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-9. 장 루 간 호	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-10. 상 처 간 호	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다
4-11. 복막투석 및 간호	<input type="checkbox"/> 1. 있다	<input type="checkbox"/> 2.없다

5. 재활욕구부문(10문항)

어르신의 재활욕구부문과 관련하여 다음 사항을 확인해 주시기 바랍니다.

※ 조사지침서를 참조하여 반드시 각 항목에 대해 직접 어르신에게 테스트를 해보고 답변에 기입해 주십시오.

마 비 재 활 치 료	정 도		
5-1. 우측 상지 마비	<input type="checkbox"/> 마비없음	<input type="checkbox"/> 불완전마비	<input type="checkbox"/> 완전마비
5-2. 좌측 상지 마비	<input type="checkbox"/> 마비없음	<input type="checkbox"/> 불완전마비	<input type="checkbox"/> 완전마비
5-3. 우측 하지 마비	<input type="checkbox"/> 마비없음	<input type="checkbox"/> 불완전마비	<input type="checkbox"/> 완전마비
5-4. 좌측 하지 마비	<input type="checkbox"/> 마비없음	<input type="checkbox"/> 불완전마비	<input type="checkbox"/> 완전마비

절단, 관절 구축, 협조불능, 기타 등에 의하여 검사를 시행하지 못한 경우

그 이유 _____

구 축 재 활 치 료	구 축 유 무		
5-5. 어깨 관절	<input type="checkbox"/> 구축없음	<input type="checkbox"/> 우관절구축/좌관절구축	<input type="checkbox"/> 양관절구축
5-6. 팔꿈치 관절	<input type="checkbox"/> 구축없음	<input type="checkbox"/> 우관절구축/좌관절구축	<input type="checkbox"/> 양관절구축
5-7. 손목 및 수지 관절	<input type="checkbox"/> 구축없음	<input type="checkbox"/> 우관절구축/좌관절구축	<input type="checkbox"/> 양관절구축
5-8. 고 관 절	<input type="checkbox"/> 구축없음	<input type="checkbox"/> 우관절구축/좌관절구축	<input type="checkbox"/> 양관절구축
5-9. 무릎 관절	<input type="checkbox"/> 구축없음	<input type="checkbox"/> 우관절구축/좌관절구축	<input type="checkbox"/> 양관절구축
5-10. 발목 관절	<input type="checkbox"/> 구축없음	<input type="checkbox"/> 우관절구축/좌관절구축	<input type="checkbox"/> 양관절구축

■ 특기사항

1. 신체기능(K-ADL)		()
(1-1) 옷 벗고 입기	(1-7) 일어나 앉기	()
(1-2) 세수하기	(1-8) 옮겨 타기	()
(1-3) 양치질하기	(1-9) 방밖으로 나오기	()
(1-4) 목욕하기	(1-10) 화장실 사용하기	()
(1-5) 식사하기	(1-11) 대변조절하기	()
(1-6) 체위변경하기	(1-12) 소변조절하기	()
2. 인지기능(COG)		()
(2-1) 단기 기억장애		()
(2-2) 시간에 대한 지남력 장애		()
(2-3) 장소에 대한 지남력 장애		()
(2-4) 사람에 대한 지남력 장애		()
(2-5) 생년월일이나 나이 인지		()
(2-6) 지시 · 이해능력 장애		()
(2-7) 하루 일정표에 대한 이해능력 상실		()
(2-8) 판단력 장애		()
3. 문제행동(PLM)		()
(3-1) 망상	(3-6) 공격성	()
(3-2) 환각	(3-7) 밖으로 나가려함	()
(3-3) 불면증	(3-8) 돈/물건 감추기	()
(3-4) 초조	(3-9) 부적절한 옷입기	()
(3-5) 길방향 잃음	(3-10) 불결행동	()
4. 간호처치(NURS)		()
(4-1) 기관지절개관 간호	(4-7) 정맥주사요법	()
(4-2) 흡인	(4-8) 도뇨관리	()
(4-3) 산소요법	(4-9) 장루간호	()
(4-4) 욕창간호	(4-10) 산처간호	()
(4-5) 경관영양	(4-11) 복막투석 간호	()
(4-6) 통증간호		()
5. 재활(REHA)		()
(5-1) 우측상지	(5-5) 어깨관절	()
(5-2) 좌측상지	(5-6) 팔꿈치관절	()
(5-3) 우측하지	(5-7) 손목 · 수지관절	()
(5-4) 좌측하지	(5-8) 고관절	()
	(5-9) 무릎관절	()
	(5-10) 발목관절	()